



Mário Espiga Macedo^{1,2,3}

¹Departamento de Qualidade da Direção Geral de Saúde

²Programa Nacional das Doenças Cerebro-Cardiovasculares da Direção Geral de Saúde

³Instituto de Biologia Molecular e Celular, IBMC. Plataforma sim@sns, Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, SPMS.



Rui Cruz Ferreira²

A Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal: contributo para o conhecimento epidemiológico da população em 2013

Palavras-chave: Hipertensão arterial; Diabetes; Epidemiologia; Portugal; Cuidados Saúde Primários;

Resumo

Objetivos: Determinar a prevalência, tratamento e controlo da hipertensão arterial na população inscrita e seguida de forma regular nos cuidados de saúde primários das cinco ARS de Portugal continental. Nos hipertensos avaliar a prevalência de diabetes e o nível de controlo da pressão arterial. Conhecer o perfil de prescrição de anti-hipertensores.

Material e métodos: Foram selecionados todos os utentes que, no ano 2013, tiveram pelo menos duas medições da pressão arterial registadas e que eram hipertensos. Foram considerados hipertensos todos os observados com PAS ≥ 140 mmHg e ou PAD ≥ 90 mmHg, ou que estavam a tomar medicação anti-hipertensora de forma regular. O seu número foi de 2 639 570 (58,04% do sexo feminino).

Resultados: A prevalência de HTA foi de 29,1% (sexo masculino 26% e sexo feminino 31,8%) e o controlo 33,9% (sexo masculino 31,4% e sexo feminino 35,8%). A prevalência nas cinco ARS foi sempre maior no sexo feminino e sendo a região Norte aquela com menor prevalência. Já o controlo foi sempre melhor no sexo feminino e na região

Norte. A prescrição de anti-hipertensores foi uniforme para todos os grupos farmacológicos, com exceção dos antagonistas da angiotensina II.

Conclusões: A prevalência de HTA tem tendência a ser inferior à verificada em outros estudos epidemiológicos. Os valores encontrados para as variáveis estudadas têm grandes diferenças entre as ARS. Existe um predomínio de prescrição de ARA II. É preocupante a baixa taxa de controlo da HTA nos doentes com diabetes.

Introdução

A hipertensão Arterial (HTA) continua, em pleno século XXI, a ser o mais prevalente e importante fator de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares (DCCV) em todo o mundo, mesmo nos países subdesenvolvidos e em vias de desenvolvimento, tendo já sido considerada uma «doença negligenciada»^{1,2,5}. Os custos associados à morbilidade e mortalidade resultantes do seu parcial diagnóstico, a pouca eficácia do tratamento e controlo e ainda a deficiente prevenção a nível populacional, são um problema em todo o mundo e principalmente dos responsáveis pela saúde em cada país.

Por isto mesmo, quer o Institute of Medicine (IOM), quer a Organização Mundial de Saúde (OMS), esta, associada a importantes sociedades científicas, e muitos outros responsáveis, têm lançado alertas e promovido iniciativas no sentido de melhorar de forma significativa este problema¹⁻⁹. Os custos que resultam da elevada prevalência de DCCV tais como o enfarte do miocárdio, o acidente vascular cerebral, principalmente em idades precoces e que estão quase sempre associados a custos sociais elevados, e ainda a insuficiência cardíaca, a doença renal crónica, e a doença vascular periférica, são cada vez mais elevados em todo o mundo. Também em Portugal a mortalidade e morbilidade por doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte e de morbilidade, isto apesar de os dados recentemente publicados pelo Programa Nacional das Doenças Cérebro-Cardiovasculares e pelo INE referentes aos anos 2012 e 2013¹⁴⁻¹⁶, mostarem que nos últimos dez anos tem havido um declínio progressivo da sua prevalência, como resultado da melhoria da intervenção dos serviços de saúde. Um dos fatores de risco mais importante e prevalente das DCCV entre nós, continua a ser a Hipertensão Arterial. Os resultados do estudo PAP²⁴ onde foi bem demonstrada a realidade nacional no que diz respeito a todos os parâmetros de avaliação da HTA, foram posteriormente complementados e parcialmente validados pelos resultados de outros estudos como o VALSIM¹⁸ e VIVA¹⁷, que embora com diferentes metodologias e objetivos enriqueceram grandemente o nosso conhecimento sobre a HTA e as doenças cardiovasculares; o estudo PHYSA²¹ encontrou semelhante prevalência, embora com valores mais elevados quer para o conhecimento, tratamento e controlo da HTA, contudo a metodologia utilizada neste estudo, principalmente na escolha da amostra, pode ter inflacionado estes resultados^{17-21,23,24}. O conhecimento regular da realidade Nacional em relação

aos aspetos relacionados com as DCCV e a sua evolução, nomeadamente da HTA, é fundamental para se poder saber da maior ou menor eficácia das estratégias estabelecidas, e principalmente para fundamentar novas estratégias de saúde e orientações aos seus profissionais.

Os objetivos deste Estudo Epidemiológico populacional/transversal foram fundamentalmente conhecer a realidade nacional resultante do trabalho dos médicos de Medicina Geral e Familiar, não só de uma forma global, tratando o país como um todo, mas entrando depois no pormenor ao analisar o comportamento em cada ARS e detalhando mais através dos dados dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) nacionais. Em todo o tipo de tratamento de dados separamos a amostra por género e grupos etários. Todo este trabalho só foi possível devido à melhoria dos registos clínicos nos sistemas informáticos que apoiam as unidades de saúde e que estão centralizados nos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). Este terá necessariamente falhas e imperfeições inerentes ao próprio sistema e das quais temos consciência plena, contudo a sua apresentação é fundamental, já que mostra bem a realidade nacional que temos de conhecer. A espera continuada da obtenção dos melhores e mais claros dados registados nos sistemas, levaria a que os dados atuais que são já de elevado valor, nunca viessem ao conhecimento de todos os que no dia a dia trabalham com os doentes e os problemas da saúde.

Material e Métodos

O estudo foi baseado nos dados dos registos informáticos de todas as Unidades de Saúde existentes em Portugal, e dos Médicos de Medicina Geral e Familiar que nelas trabalham, referentes ao ano de 2013, e extraídos das suas bases informáticas através da constituição de *queries* específicas e realizados pelos SPMS. O número total de utentes

inscritos e com médico de família atribuído foi de 9 082 688 (53,1% do sexo feminino). Foram selecionados todos os utentes, com idade igual ou superior a 18 anos, que no ano em estudo tiveram pelo menos duas vezes a PA avaliada e registada pelo seu médico de família (foram consideradas a 1.^a e última medição no ano, no caso de existirem várias). Foram considerados hipertensos todos os observados com PAS ≥ 140 mmHg e ou PAD ≥ 90 mmHg, ou que estavam a tomar medicação anti-hipertensora de forma regular. O seu número foi de 2 639 570 (58,04% do sexo feminino). Foram considerados hipertensos controlados os que tinham valor de PA $\leq 140/90$ mmHg. Em todos foram analisados/registados, a idade e o sexo, os valores médios da PAS e PAD, o peso, a altura, a presença ou não de diabetes *mellitus*, a percentagens de colesterol total > 200 mg/dl e de LDL > 100 mg/dl, e os fármacos antihipertensores por grandes grupos farmacológicos (códigos ATC). Foi igualmente registada a história pregressa de enfarte do miocárdio e de acidente vascular cerebral. A análise dos dados foi realizada por sexos separados e em três grupos etários: < 35 anos, $\geq 35 - \leq 64$ anos e ≥ 65 anos. A mesma análise foi realizada para as cinco ARS existentes (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Na análise estatística foi utilizado o test t-Student e o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Na grande maioria foi utilizado como comparador o estudo PAP²⁴. Foi utilizado o programa SPSS versão 18²⁵.

Resultados

Características da amostra

O número de inscritos nas unidades de saúde do país e que tinham médico de família foram de 9 082 688, sendo 4 264 133 do sexo masculino (s. masc.) e 4 818 718 do sexo feminino (s. fem.). Destes preencheram os critérios de inclusão na análise 2 639 570, sendo 1 107 351 do sexo masculino e 1 532 258 do sexo feminino (Quadro 1). A distribuição da amostra pelos três grupos

Quadro 1

Constituição da base de dados dos doentes inscritos nas unidades de saúde

	Total	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Utentes inscritos	10 268 066	4 847 572	5 420 718
Utentes com Médico de Família	9 082 688	4 264 133	4 818 718
Número de utentes Hipertensos	2 639 570	1 107 351	1 532 258
Utentes com médico de família e idade < 35 anos	3 877 099 (Hip. 58 385)	1 681 483 (Hip. 20 120)	1 706 442 (Hip. 38 268)
Utentes com médico de família e idade 35-64 anos	4 313 714 (hip. 1 090 700)	1 792 878 (Hip. 484 424)	2 013 314 (Hip. 606 290)
Utentes com médico de família e idade ≥ 65 anos	2 077 314 (Hip. 1 490 520)	789 753 (Hip. 602 818)	1 098 943 (Hip. 887 705)

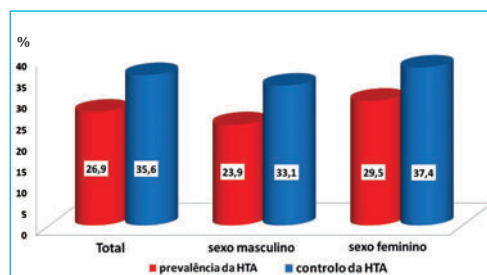
etários considerados para estudo foram: < 35 anos 3 877 099 (58 385 com critérios, dos quais 65,8% são mulheres); idade de $\geq 35 - < 65$ anos: 4 313 714 (1 090 700 com critérios, dos quais 55,5% são mulheres), ≥ 65 anos, 2 077 314 (1 490 502 com critério, dos quais 59,5% são mulheres). Os valores médios da PA, quer sistólica quer diastólica vão, de uma forma geral, aumentando com o envelhecimento da população estudada.

Prevalência e Controlo da Hipertensão Arterial

A prevalência de hipertensão arterial encontrada na amostra foi de 29,1 % sendo de 26,9 % no sexo masculino e de 29,5% no sexo feminino. O valor encontrado para o tratamento e controlo da hipertensão arterial foi 35,6 %, sendo no sexo masculino de 33,1% e no sexo feminino de 37,4% (Figura 1). Existe

Figura 1

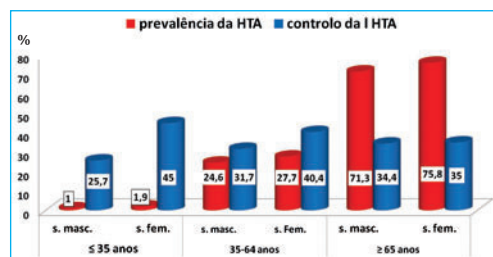
Prevalência e controlo da Hipertensão Arterial, total e por sexos



maior prevalência estatisticamente significativa no sexo feminino quer a nível global, quer quando consideramos os sexos separados. Os valores encontrados são significativamente inferiores aos dos estudos PAP e PHYSA.

Quando analisámos as mesmas prevalências nos três grupos etários considerados, existe um progressivo aumento da prevalência da HTA conforme vamos subindo na idade, mas com prevalências muito reduzidas na população de menos de 35 anos de idade, dados que são bastante inferiores aos verificados noutros estudos. Também a prevalência de HTA no grupo intermédio é inferior ao de outros estudos. Nestes dois grupos etários até agora considerados existe um predomínio de HTA no sexo feminino, contrariando os dados já publicados. No grupo dos mais idosos estamos perante prevalências semelhantes. Já quando verificámos e comparámos os dados do controlo da HTA, podemos dizer que este é muito superior no grupo dos mais jovens (e talvez mais próximo da realidade, já que no estudo PAP esta amostra é muito reduzida). No grupo intermédio os dados são em tudo semelhantes ao comparador e nos mais idosos são significativamente melhores. De salientar as percentagens de controlo sempre mais elevadas no sexo feminino (Figura 2).

Figura 2
Prevalência e controlo da Hipertensão Arterial, total e por sexos

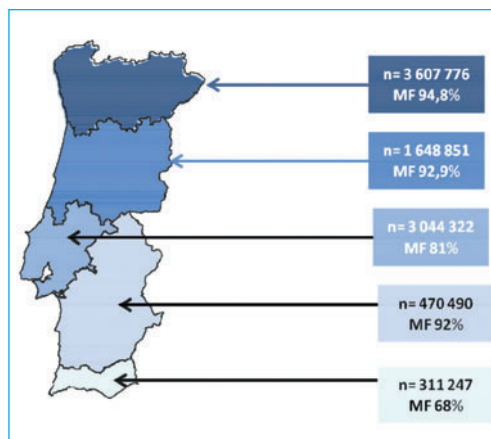


Dados das cinco ARS

Nos diversos estudos epidemiológicos realizados entre nós, e em que foram analisadas amostras representativas de todo o

país^{15-18, 20,22,23}, quer em relação à pressão arterial, quer a outros fatores de risco cardiovasculares, revelaram existir resultados bem diferentes conforme a região considerada. Por este motivo, realizámos também neste trabalho uma análise dos dados das populações das cinco ARS de Portugal continental. As populações inscritas em cada uma das ARS é bem diferente (Figura 3):

Figura 3
Número de utentes inscritos e distribuição dos médicos de Medicina Geral e Familiar pelas cinco ARS do país



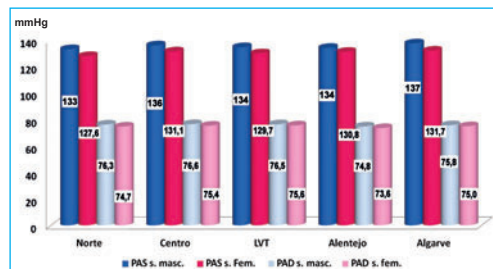
ARS Norte inscritos com médico de família – 3.60 7.776 (s. masc. – 1 71 317, s. fem. – 1 891 590); ARS Centro inscritos com médico de família – 1 648 851 (s. masc. – 775 368, s. fem. – 873 492); ARS Lisboa e Vale do Tejo, inscritos com médico de família – 3 044 324 (s. masc. – 1 401 122, s. fem. – 1 643 223); ARS Alentejo – 470 490 (s. masc. – 224 437, s. fem. – 246 055); ARS Algarve, inscritos com médico de família – 311 247 (s. masc. – 146 889, s. fem. – 164 358).

O valor médio da PA sistólica e PA diastólica encontrados foram os seguintes (Figura 4):

ARS Norte, PAS 129,5 e PAD 75,3 mmHg (s. masc. 133/76,8 mmHg e s. fem. 127,6/74,6 mmHg); ARS Centro, PAS 132,9 e PAD

Figura 4

Valor médio da Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) por ARS e por sexo



75,8 mmHg (s. masc. 136/76,9 mmHg e s. fem. 131,2 /75,4 mmHg); ARS LVT, PAS 131,3 e PAD 75,3 mmHg (s. masc. 134/76,3 e s. fem. 129,7/75,6 mmHg); ARS Alentejo, PAS 131,9 e PAD 74,1 mmHg (s. masc. 134/74,7 e s. fem. 130,8/73,6 mmHg); ARS Algarve PAS 133,8 e PAD 75,3 mmHg (s. masc. 137/75,8 e s. fem. 131,7/75,0 mmHg).

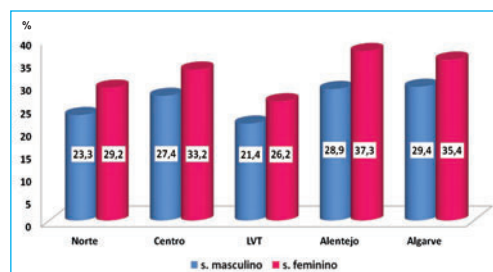
A prevalência da HTA encontrada e registada nas ARS foi (Figura 5):

ARS Norte – 26,4% (s. masc. 23,3%, s. Fem. 29,2%); ARS Centro – 30,5% (s. masc. 27,4%, s. fem. 33,2%); ARS LVT – 30,4% (s. masc. 27,6%, s. fem. 32,8%); ARS Alentejo – 33,3% (s. masc. 28,9%, s. fem. 37,3%); e ARS Algarve 32,6% (s. masc. 29,4%, s. fem. 35,4%).

Em todas as ARS consideradas, a prevalência de HTA é sempre superior no sexo feminino do que no sexo masculino. A prevalência é diferente nas cinco

Figura 5

Prevalência da Hipertensão Arterial por ARS e segundo os sexos



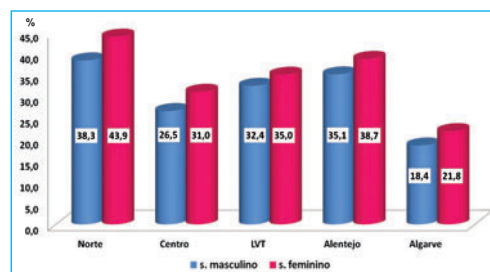
regiões sendo a ARS de Lisboa e Vale do Tejo aquela onde ela é menor, nos dois sexos. Já a região do Algarve é onde os valores são mais elevados no sexo feminino e o Alentejo é onde o conjunto dos valores encontrados é o mais elevado das cinco regiões (Figura 5).

Analizando agora o controlo da HTA nos doentes medicados, este, tal como a prevalência, é superior e de forma significativa no sexo feminino e em todas as cinco ARS. A região do Norte é aquela em que o controlo da HTA é significativamente superior, quando comparada com todas as outras, sendo na região do Algarve, quase metade desta última e a menor entre as cinco regiões (Figura 6). Fazendo agora a comparação com os dados apresentados no estudo PAP verifica-se que a região Norte mantém os melhores valores de controlo da HTA. Porém a região do Algarve que era a segunda melhor região, é agora a que tem piores resultados. Por sua vez a região do Alentejo onde os valores encontrados no estudo PAP eram francamente baixos, passa agora a ser a segunda melhor região do país. A região Centro e LVT mantêm percentagens de controlo da HTA em tudo semelhantes às de outros estudos.

A análise da prevalência e controlo da HTA nas ARS e segundo os diferentes grupos etários considerados, mostra que a prevalência de HTA é muito reduzida na população com menos de 35 anos indepen-

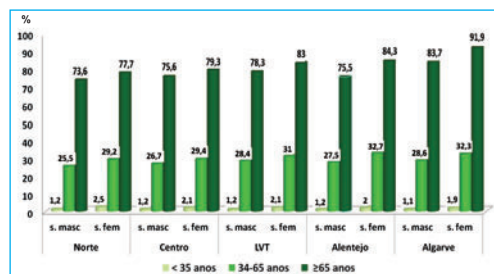
Figura 6

Controlo da Hipertensão Arterial nas ARS e por sexos



dentemente dos sexos. Já no grupo etário intermédio, de uma forma geral a prevalência é inferior à encontrada em outros estudos e em ambos os sexos, contudo há diferenças significativas entre as regiões, sendo no Norte a região com valores mais baixos e o Alentejo com os valores mais elevados, por vezes próximos dos de outras regiões. Finalmente no grupo com idade superior a 65 anos, existe um aumento progressivo da prevalência da HTA conforme caminhamos para o sul do país e com diferenças significativas, principalmete entre o Norte e a região do Algarve (Figura 7).

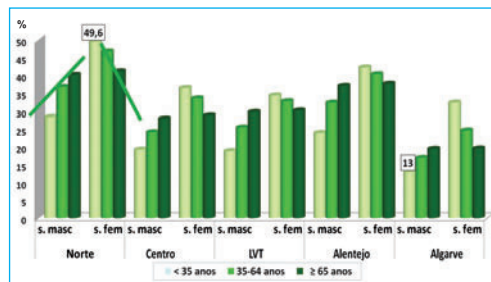
Figura 7
Prevalência da Hipertensão arterial nas cinco ARS, segundo o sexo e grupo etário



O controlo da HTA nos diferentes grupos etários, são diferentes por sexo e em cada ARS e de uma diversidade deveras significativa e que obriga a salientar diversos aspetos. No grupo dos mais jovens (< 35 anos) a taxa de controlo é muito melhor no sexo feminino do que no sexo masculino (o sexo feminino tem maior controlo da HTA em todos os grupos etários), sendo significativamente mais elevada no Norte quando comparada com as outras regiões. As taxas de controlo nos mais idosos, com exceção do Norte, é sempre inferior a 40%, sendo muito baixas no Algarve. De salientar que a região do Algarve apresenta de forma significativa valores que são os mais baixos do país (Figura 8). Está assinalada na figura uma tendência crescente de controlo no sexo masculino, dos mais jovens para os

mais idosos e em todas as ARS, com uma tendência contrária no sexo feminino e também nas cinco regiões.

Figura 8
Controlo da Hipertensão Arterial por sexo e grupo etário e nas cinco ARS

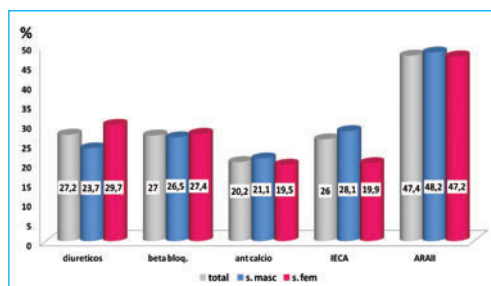


Prescrição de fármacos antihipertensores em Portugal

A apreciação sobre o perfil de prescrição de fármacos é sempre uma particularidade interessante e importante de conhecer, já que a mesma pode fornecer dados sobre o modo como os médicos abordam a temática em estudo e pode, ao mesmo tempo, ser uma fonte de riquíssimo conhecimento. Fizemos por isso, e seguindo a metodologia anterior, uma apreciação deste perfil. Foi feita a opção pelos grupos farmacológicos mais representativos e normalmente os mais prescritos.

Assim, a nível nacional, a prescrição pelos diferentes grupos farmacológicos, foi a seguinte (Figura 9):

Figura 9
Prescrição de fármacos antihipertensores, total e por sexos

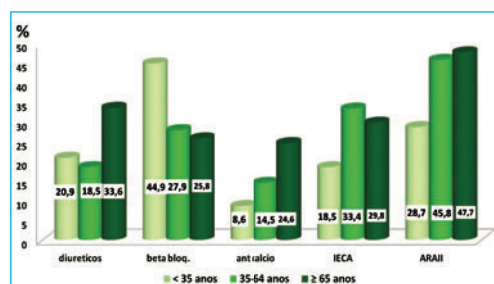


Diuréticos 27,2% (s. masc. 23,7%, e s. fem. 29,7%); bloqueadores beta, 27,0% (s. masc. 26,5%, e s. fem. 27,4%); antagonistas dos canais de cálcio 20,2% (s. masc. 21,1% e s.fem. 19,5%); inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) 26,0% (s. masc. 28,1%, e s. fem. 19,9%); antagonistas dos recetores da angiotensina II (ARA II) 47,4% (s. masc. 48,2, e s. fem. 47,2%).

De salientar a percentagem de prescrição dos ARAII, quase o dobro de qualquer um dos outros grupos farmacológicos. Também se constata que de uma forma geral não há diferença entre os sexos.

Apreciando a prescrição realizada nos diferentes grupos etários devemos salientar a elevada percentagem de beta-bloqueadores prescritos nos jovens e a elevada percentagem de ARA II e diuréticos prescritos na população mais idosa (Figura 10).

Figura 10
Prescrição de fármacos antihipertensores por grupo etário



Hipertensão arterial e diabetes

A hipertensão arterial e a diabetes *mel-litus* são hoje considerados dois dos mais importantes, senão mesmo os mais importantes fatores de risco cardiovasculares que quando se encontram associados no mesmo doente se auto-potenciam nos seus efeitos deletérios a nível vascular com particular atingimento a nível renal, cerebral e cardíaco. Os dados recolhidos neste trabalho, permitem dar uma perspetiva abrangente sobre a prevalência de hipertensos que padecem ao mesmo tempo de diabetes e

dos resultados do controlo da hipertensão arterial nesta mesma população.

Os resultados encontrados revelam uma prevalência de diabetes significativamente mais elevada no sexo masculino do que no sexo feminino (Figura 11). Nas cinco ARS o predomínio da maior prevalência da HTA no sexo masculino mantém-se, sendo o valor mais baixo do sexo feminino no Algarve (Figura 12). Da mesma forma as percentagens do controlo no sexo masculino são mais elevadas quando comparados com os do sexo feminino (Figura 13). De salientar que a região do Alentejo é aquela que melhores resultados de controlo apresenta.

A prevalência e controlo da HTA segundo o sexo e nos três grupos etários, mostra que quer a prevalência quer o controlo são sempre mais elevados no sexo masculino e para todos os grupos etários (Figura 14).

Figura 11
Prevalência da diabetes nos doentes hipertensos e seu controlo

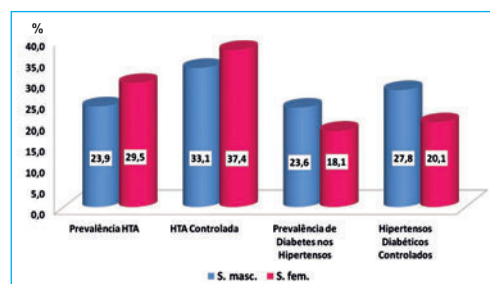


Figura 12
Prevalência de Diabetes nos Hipertensos, por ARS e por sexo

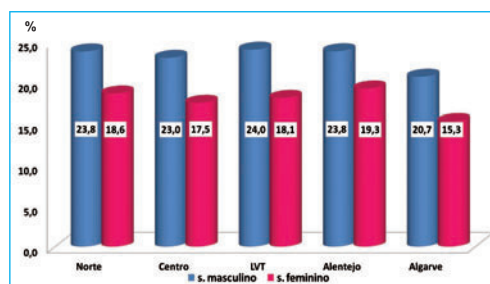


Figura 13

Controlo da HTA nos Hipertensos Diabéticos, por ARS e por sexo

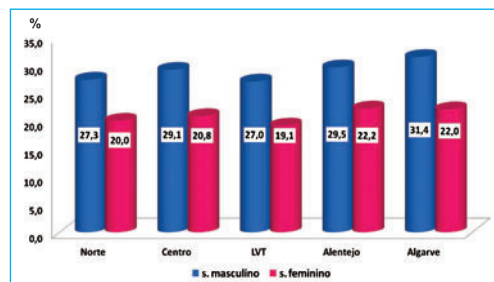
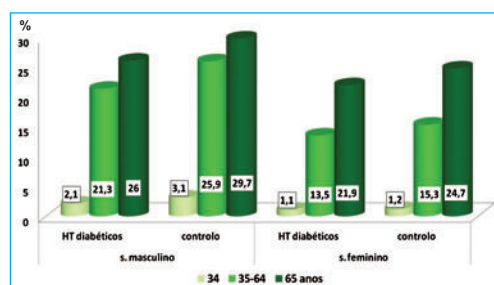


Figura 14

Prevalência e Controlo da HTA nos Hipertensos Diabéticos, grupo etário e por sexo



Discussão

Ao iniciar a discussão destes resultados, devemos deixar aqui bem explícito que temos plena consciência das possíveis limitações e até incorreções (apesar da exclusão de *outliers*) que poderão existir na colheita de dados utilizados neste tipo de estudo. Contudo sempre foi nosso desejo ter um conhecimento mais profundo e abrangente da vida real e no terreno, das problemáticas ligadas à Hipertensão Arterial, em vez do conhecimento que tínhamos dos dados dos estudos de amostras populacionais sempre recolhidas com metodologias diversas e por vezes de difícil comparação. Isto sem pôr em causa o rigor e qualidade dos trabalhos realizados até agora, que têm sido da máxima utilidade para as sociedades científicas e para os médicos em geral.

Mas acompanhando, nos últimos anos, a evolução do que estavam a ser os registos clí-

nicos a nível dos cuidados de saúde primários e o seu tratamento pelos SPMS, considerá-mos ser a altura de realizar este trabalho na certeza de que não será o último, mas a partida para outros mais complexos e abrangentes, sem ignorar que os presentes dados são bem representativos da realidade existente neste momento no país. Fez-se a recolha de dados segundo os critérios já definidos e conseguiu-se uma amostra representativa das cinco regiões do país, de ambos os sexos e de todas as idades. Fica-nos a sensação de que ainda há trabalho de *limpeza* das listagens de doentes inscritos, a realizar na grande maioria das unidades de saúde. Segundo a metodologia utilizada desde logo nos apercebemos de uma prevalência de HTA inferior à de outros estudos e em ambos os sexos, principalmente nos dois primeiros grupos etários. De salientar que na população com menos de 35 anos a prevalência de HTA é muito baixa, mas com um bom controlo da HTA nestes doentes. Estes dados poderão querer dizer que a população jovem vai poucas vezes às unidades de saúde, e por isso não só a prevalência de HTA deve estar subestimada como deve haver uma percentagem de jovens hipertensos que andam sem qualquer controlo. Em relação ao controlo da hipertensão, os valores obtidos são superiores aos encontrados no estudo PAP, de uma forma geral, mas principalmente no grupo dos mais jovens e dos mais idosos, já que no grupo intermédio, são quase sobreponíveis. Contudo, se fizermos a comparação com o estudo PHYSA, o valor do controlo nesta população é em geral menor, com exceção dos mais jovens onde o valor encontrado é significativamente melhor.

O estudo dos dados referentes às cinco ARS foi deveras aliciante e cheio e informações e conhecimentos da máxima importância para todos nós. De salientar a insuficiente percentagem de médicos de família na região de Lisboa e Vale do Tejo e principalmente no Algarve, um alerta para os responsáveis da saúde. Em relação à prevalência da HTA, ela aumenta sempre e nos

dois sexos conforme caminhamos para sul do país, e por outro lado é sempre superior no sexo feminino seja qual for a região considerada. Já no que diz respeito ao controlo da HTA ele é francamente superior na zona Norte quando comparada com todas as outras chegando a ter um valor percentual duplo em relação com o Algarve. Por outro lado o controlo é sempre superior no sexo feminino. Este resultado quando posto em comparação com os do estudo PAP, mostra uma divergência de valores muito interessante, assim: o Norte mantém o lugar da melhor zona, já o Alentejo que era a pior zona do país, passa a ser neste estudo a segunda melhor região em termos de controlo, o Algarve passa da segunda melhor região no PAP para a pior neste estudo e com valores muito preocupantes, mas no caso dos hipertensos diabéticos o controlo é o melhor. As outras duas regiões têm um perfil sobreponível, não havendo grandes variações em relação ao controlo^{16,24}. Esta análise que acabamos de fazer, tem uma expressão mais promenorizada quando fazemos a análise por grupos etários, embora mantendo o perfil já descrito, permite observar particularidades também do máximo interesse.

A análise do perfil de prescrição dos médicos que tratam os doentes hipertensos nos cuidados de saúde primários revela que para o grupo dos diuréticos, betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio e inibidores da enzima de conversão da angiotensina, a prescrição tem valores percentuais muito próximos entre si, embora os de menor valor sejam os antagonistas de cálcio. Porém os valores antigos pelos antagonistas da angiotensina II, são quase o dobro dos outros grupos farmacológicos, facto que deverá ser interessante de estudar. Já no perfil de prescrição nos grupos etários, ele estará próximo do esperado, mas talvez com a exceção dos antagonistas de cálcio no grupo dos mais idosos, em que

talvez fosse de esperar um valor percentual mais elevado.

Como é bem conhecido existe numa grande percentagem da população a associação de HTA e diabetes, doenças/fatores de risco que quando estão presentes na mesma pessoa aumentam significativamente as suas lesões a nível vascular. A prevalência encontrada em todas as ARS foi sempre superior no sexo masculino, assim como o controlo da HTA, não havendo grande diferença entre as regiões. Contudo o controlo da HTA nestes doentes é muito fraco^{5-7,10}.

Conclusões

Podemos dizer que os dados encontrados colocam a hipótese de existir na vida real uma prevalência menor de HTA em ambos os sexos, que vem de acordo aos que defendem serem estes tipos de dados mais representativos da realidade³⁶. Poderá também ajudar a explicar a opinião (e dados apresentados em reuniões) de muitos colegas da MGF, que dizem ser a prevalência da HTA menor nas suas USF do que nos vários estudos epidemiológicos²⁵. Esta prevalência e também a elevada associação de diabetes nestes doentes mostram bem o espectro desta realidade e o seu contributo para os problemas CV que lhe estão associados, de acordo com diversos estudos publicados^{1,5,7,8,9,13,26,30}. Mas é no controlo da HTA, que este estudo mostra uma realidade que tem que ser enfrentada e melhorada. Se as percentagens de controlo principalmente na região Norte se aproxima dos melhores dados conhecidos, também nos dizem que as regiões onde as percentagens são menores, podem e devem conseguir melhores objetivos¹³. Também muito importante, é a baixa prevalência de HTA na população mais jovem, que pode querer significar que existe um real *deficit* de diagnóstico neste grupo etário^{10,28}. O baixo controlo da HTA nos mais idosos, vai obrigar a que haja maior investimento neste grupo etário.

Pode-se assim sugerir com os dados encontrados, que deverá haver uma maior capacidade de diagnóstico da HTA, quer em geral, mas principalmente na população mais jovem, que quando hipertensa deve ser tratada do mesmo modo^{10,11,12,30}. Apesar de ter que se compreender melhor as causas das assimetrias regionais encontradas, tem que se manter e melhorar a vigilância sobre estes doentes e principalmente nos já

diagnosticados conseguir atingir os níveis de pressão arterial desejados, ao mesmo tempo fazer um grande esforço no sentido da adesão dos doentes aos conselhos dos responsáveis de saúde e à terapêutica de forma persistente^{27-31,33}. Só assim se conseguirá atrasar o aparecimento das consequências graves da HTA e prolongar os anos de vida sem doença das populações^{26,29}.

Bibliografia

1. Institute of Medicine of the National Academies, 2010. A population-Based Policy and Systems Change Approach to Prevent and Control Hypertension.
2. Writing Committee: Sidney C. Smith Jr; Amy Collins, Roberto Ferrari; David R. Holmes Jr; Susanne Logstrup, Cand; Diana Vaca; Johanna Ralston; Ralph L. Sacco, MS; Hans Stam; Kathryn Taubert; David A. Wood; and William A. Zoghbi. Our time: a call to save preventable death from cardiovascular disease (heart disease and stroke). *European Heart Journal* (2012) 33, 2910–2916.
3. Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Adopted September 19, 2011; published January 24, 2012. Available at: <http://www.who.int/nmh/events/>
4. 2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization. 2013.
5. Melanie Nichols, Nick Townsend, Peter Scarborough¹, and Mike Rayner. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *Eur Heart J*. 2014;35:2950–9.
6. Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. A Report From the American Heart Association. Writing. Downloaded from <http://circ.ahajournals.org/>.
7. Hypertension: "The leading global risk for mortality in the world". European Society of Hypertension, 2014.
8. Pantelis A. Sarafidis; George L. Bakris. Early Patterns of Blood Pressure Change and Future Coronary Atherosclerosis. *JAMA*. 2014;311:471–472.
9. Harold C. Sox. Assessing the Trustworthiness of the Guideline for Management of High Blood Pressure in Adults. *JAMA*. 2014; 311: 471–472.
10. Norrina B. Allen; Juned Siddique; John T. Wilkins, et al. Blood Pressure Trajectories in Early Adulthood and Subclinical Atherosclerosis in Middle Age *JAMA*. 2014;311:490–497.
11. Eric D. Peterson, J. Michael Gaziano; Philip Greenland, Recommendations for Treating Hypertension: What Are the Right Goals and Purposes? *JAMA*. 2014;311:474–476.
12. Howard Bauchner; Phil B. Fontanarosa; Robert M. Golub. Updated Guidelines for Management of High Blood Pressure: Recommendations, Review, and Responsibility. *JAMA*. 2014;311:477–478.
13. David J. Hunte, and K. Srinath Reddy. Noncommunicable Diseases. *N Engl J Med*. 2013; 1336–1343.
14. O risco de morrer em Portugal 2012. INE 2014.
15. PORTUGAL. Doenças Cérebro-cardiovasculares em números, DGS 2013
16. PORTUGAL. Doenças Cérebro-cardiovasculares em números, DGS 2014
17. Carlos Aguiar, Candida Fonseca. VIVA - Estudo Epidemiológico de Avaliação de Risco Cardiovascular em Portugal. Boletim da SPC, n.º 162, Março / Abril 2011.
18. Manuela Fiuza, Nuno Cortez-Dias, Suzana Martins, et al. Síndrome Metabólica em Portugal: Prevalência e Implicações no Risco Cardiovascular – resultados do estudo VALSIM. *Rev. Port. Cardiol*. 2008;27, 1495–1529.
19. I. Gardete Correia, J Manuel Boavida, J Filipe Raposo, A Cristina Mesquita, S Massano Cardoso. Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal. Lisboa, 2010.
20. Direção-Geral de Saúde. Elementos Estatísticos de Saúde. Informação geral. Dezembro de 2010. <http://www.dgs.pt>. Acedido em dezembro de 2014.
21. J. Polónia, L. Martins, F. Pinto, et al.. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *Journal of Hypertension* 2014, 32:1211–1221.
22. Lawes CMM, Vander Hoorn S, Rodgers A, et al, for the International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease. 2001. *Lancet* 2008; 371: 1513–18.
23. M Espiga Macedo, P Marques da Silva. Prevalência dos Fatores de Risco Cardiovasculares em Doentes com Hipertensão Arterial. ESTUDO PRECISE. *Rev. Port. Cardiol*. 2010; supl.1, abstract, n.º 183.
24. Mário Espiga Macedo e col. Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da HTA em Portugal. PAP Study. Porto, 2005.
25. Bernardo Vilas Boas | USF Serpa Pinto. Estratégias para a terapêutica farmacológica da hipertensão. 8.ª Reunião Multidisciplinar da Consulta de Hipertensão do Centro Hospitalar de S. João 2012, Fundação de Serralves, Porto
26. Norusis MJ SPSS/PC. Advanced Statistic, Version 18. Chicago, III. SPSS 2013.
27. OECD 2014. Health Policy Studies Geographic Variations in Health Care what do we know and what can be done to improve health system performance?
28. Ernest Rasomaniki, Adam Timmis, Harry Hemingway et al. Blood pressure incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. *The Lancet*. 2014, 383, 1899–1911.
29. Emanuela Falaschetti, Jennifer Mandell, Craig Knott, Neil Poulter. Hypertension management in England: a serial cross-sectional study from 1994–2011. *The Lancet*. 2014; 383, 1912–1919.
30. The 2014 Canadian Hypertension Education Program. Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. Guidelines. *Canadian Journal of Cardiology* 2014;30,435–501.
31. Hypertension: an urgent need for global control and prevention. Editorial. *The Lancet* 2014;383, 1861.
32. Thomas Kahan. The drugs do work; blood pressure improvement in England. *The Lancet* 2014; 383:1867–68.
33. World Health Statistics. 2014
34. Benjamin D. Sommers. Hypertension and healthy people 2010. The role of health insurance expansion. *Circulation* 2014; 130:1674–75.
35. Giovanni de Simone, Raffaele Izzo, Paolo Verdecchia. Are Observational Studies More Informative Than Randomized Controlled Trials in Hypertension? *Hypertension*. 2013;62:463–469.